

支払年月日	令和 年 月 日	健康保険組合使用欄	受付日付印
記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。			

健康保険	被保険者 家族	埋葬料 埋葬費	支給申請書	チェック項目は 該当するものに✓
① 被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇	② 被保険者 (申請者)の 氏 名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日 ☒ 昭和 〇 年 1 月 1 日 ☐ 平成
④ 被保険者 (申請者)の 住 所	〒 XXX - XXXX ※ 都道府県から記入してください 〇〇県△△市□□□町1-1			⑤ 電話番号 〇〇〇-△△△△ -□□□□
⑥ 事業所の 名 称	出向者は出向元を記入 〇〇〇〇株式会社			
⑦ 死亡した 年 月 日	令和 〇 年 6 月 1 日	⑧ 死亡した 原 因	病死	⑨ 第三者行為に よるものですか ☒ いいえ ☐ はい
● 家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき				
⑩ 被扶養者の 氏 名	健保 花子	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 〇 年 3 月 1 日 ☐ 令和	被保険者 との 続 柄
● 被保険者が死亡したための申請であるとき				
⑪ 被保険者の 氏 名		被保険者からみた 申請者との身分関係		
⑫ 埋葬を行った 年 月 日	令和 年 月 日	⑬ 埋葬に 要した 費 用		円

事業主が証明 する欄	⑭ 死亡した方 の 氏 名	健保 花子	⑮ 死亡した方	☐ 被保険者 ☒ 被扶養者	⑯ 死亡した 年 月 日	令和 〇 年 6 月 1 日
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明し 所在地 〇〇都△△区□□□□ 名 称 〇〇〇〇株式会社 事業主氏名 ●●●●●	事業所担当者が記入 (任意継続被保険者もしくは資格 喪失後の申請の場合は記入不要)			証明日	令和 〇 年 6 月 9 日
					Tel	〇〇-△△△△ -□□□□

※ ⑱・⑳については「記入上の注意」を参照のうえ、必要な部分について記入してください。

⑱ 支払金融機関	〇〇〇〇〇〇〇〇	☒ 銀行 ☐ 信組 ☐ 金庫 ☐ 農協	新橋	☒ 支店 ☐ 出張所	備考欄
	金融機関コード〔 9999 〕	店番号〔 999 〕			
	預金種別	口座番号	フリガナ	ケンポ タロウ	
	☒ 普通 ☐ 当座	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座 名義	健保 太郎	
⑲・⑳は「記入上の注意」の 「給付金の振込先について」を参照のうえ 必要箇所を記入する					一により申請する

委任状	⑳ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 〇 年 6 月 8 日	
任 状	被保険者 (申請者)	住所 〇〇県△△市□□□町1-1 氏名 健保 太郎	
	受取代理人	〒 XXX - XXXX	Tel 〇〇-△△△△-□□□□
		住所 〇〇都△△区□□□1-1-1	
		フリガナ 〇〇〇〇カブシキガイシャ ●●●●● 氏名 〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 ●●●●●	
事業所担当者印 担当			

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正

(在職中の被扶養者死亡についての申請の場合)
事業所担当者は必ず押印

金属鉱山健康保険組合
(2024年12月改訂)